

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 104

LA VOIE INGUINALE

dans les Opérations

portant sur les Organes Intra-Scrotaux



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Février 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARCEL BONNARDOT

Né le 24 Octobre 1890, à Besançon



BEAUNE
IMPRIMERIE RENÉ BERTRAND

—
1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
LÉPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT-TESTUT

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BÉRARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LÉPINE (J.)
Chimie biologique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	X.
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	POLOSSON (M.)
Thérapeutique	ARLOING
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrége
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	X.	—
Déontologie et médecine professionnelle	X.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	GUILLEMARD	COTTE
COMMANDEUR	BRETIN	GARIN	DUROUX
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	SAVY	BONNAMOUR, chargé
LAROYENNE	THEVENOT Léon	FROMENT	des fonctions
VORON	TAVERNIER	THEVENOT Lucien	SARVONAT, id.
NOGIER	CADE	PIERY	

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BÉRARD, Président; TIXIER, Assesseur;
MM. LERICHE, et COTTE, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT-TESTUT

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD
Clinique ophtalmologique.	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	FABRE
Clinique des maladies des enfants.	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.	NICOLAS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	LEPINE (J.)
Chimie biologique.	WEILL
Chimie organique et Toxicologie.	POLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	HUGOUNENQ
Anatomie.	MOREL
Anatomie générale et Histologie.	MOREAU
Physiologie.	GUIART
Pathologie interne.	X...
Pathologie et Thérapeutiques générales.	POLICARD
Anatomie pathologique.	DOYON
Médecine opératoire.	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.	MOURIQUAND
Médecine légale.	PAVIOT
Hygiène.	POLOSSON (M.)
Thérapeutique.	ARLOING
Pharmacologie.	ETIENNE MARTIN
	COURMONT
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	MM. LANNOIS
Pathologie externe.	VALLAS
Maladies des voies urinaires.	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL.	agrégé
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Embryologie.	LATARJET,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique.	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD,	—
Clinique infantile.	X...	—
Déontologie et médecine professionnelle.	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	GUILLEMARD	COTTE
COMMANDEUR	BRETIN	GARIN	DUROUX
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	SAVY	BONNAMOUR, chargé
LAROYENNE	THEVENOT Léon	FROMENT	des fonctions
VORON	TAVERNIER	THEVENOT Lucien	SARVONAT, Id.
NOGIER	CADE	PIERY	

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BÉRARD, Président; TIXIER, Assesseur;
MM. LERICHE, et COTTE, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

LA VOIE INGUINALE

DANS LES

Opérations portant sur les organes intra-scrotaux



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 104

LA VOIE INGUINALE

dans les Opérations

portant sur les Organes Intra-Scrotaux

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Février 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARCEL BONNARDOT

Né le 24 Octobre 1890, à Besançon



BEAUNE
IMPRIMERIE RENÉ BERTRAND

—
1920

A MON PÈRE. A MA MÈRE

Faible témoignage d'infinie reconnaissance.

A MA FEMME

A MES PARENTS. A MES AMIS

A MES CAMARADES MORTS POUR LA FRANCE

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE ET DE L'HOPITAL DE DIJON

ET EN PARTICULIER

A MM. LES DOCTEURS FERRY ET DUBARD

qui furent toujours des amis plus que des maîtres.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE LYON

A M. LE DOCTEUR CHALIER

*Il nous a inspiré le sujet et nous a
aidé, nous l'en remercions bien sincè-
rement.*

A M. LE PROFESSEUR BÉRARD

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Il a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse, nous lui en sommes
profondément reconnaissant.*

INTRODUCTION

Dès l'année 1912, le Professeur Phocas, de la Faculté de Lille, professeur de Clinique Chirurgicale à Athènes, attirait l'attention, par la voie du *Bulletin Médical*, sur l'avantage qu'il y aurait à aborder la cure radicale de l'hydrocèle vaginale par une incision cutanée qui, au lieu d'être scrotale, serait purement inguinale. L'année suivante, dans le *Lyon Chirurgical*, le Privat Docent Gomoïu, de la Faculté de Bucarest, exposait à nouveau les avantages de cette voie d'accès et apportait à l'appui de sa thèse vingt-cinq observations nouvelles concernant des cas d'hydrocèles, d'hydrocèles vaginales coexistant avec des hernies inguinales, deux cas de kystes du cordon, un de pachyvaginalite et un d'hématocèle traumatique.

Enfin, le 2 août 1914, le *Concours Médical* donnait une brève communication du Docteur Tourneux devant la Société de Médecine de Toulouse, signalant l'avantage que présente la voie inguinale dans la cure radicale de l'hydrocèle vaginale.

La guerre survint sur cette dernière publication avec des problèmes chirurgicaux nouveaux, pressants et différents,

ce détail de technique ne paraît pas avoir eu en France des applications aussi fréquentes qu'il méritait.

Pendant les années 1914 et 1915, en effet, la chirurgie dite de guerre, la chirurgie des blessés, retenait l'attention des chirurgiens ; ensuite la meilleure installation, la création de nouveaux services chirurgicaux, la présence dans l'armée de contingents de moins en moins sélectionnés, la nécessité de récupérer des combattants parmi les porteurs de petites infirmités curables par une intervention, ramenèrent les chirurgiens vers toute une catégorie d'opérations qu'on pourrait qualifier d'opérations du temps de paix. Ce fut en particulier l'ère des cures radicales de hernies, hémorroïdes, varicocèles, hydrocèles, etc. M. le Docteur Chaliier, dans les différentes formations sanitaires où il fut affecté comme chirurgien, eut, à partir de ce moment, l'occasion d'opérer un certain nombre de militaires atteints de lésions diverses de différents organes contenus dans le scrotum. Il s'agissait de conserver ou même de récupérer des combattants parmi tous ces infirmes. Il fallait pour cela avant tout que l'intervention soit la plus bénigne, la plus rapide dans ses suites possibles et qu'elle ne laissât pas derrière elle une fistule, une cicatrice vicieuse ou douloureuse dont le patient eût pu se plaindre autant que de l'infirmité qu'il s'agissait de supprimer. La voie d'accès inguinale pour toutes ces opérations présentait l'avantage de répondre à toutes ces conditions, aussi M. Chaliier, suivant en cela l'exemple de quelques chirurgiens lyonnais, de M. le Professeur Bérard en particulier, la choisit-il méthodiquement pour toutes les opérations portant sur le contenu des bourses chaque fois que cela fut possible.

Il a bien voulu nous confier les observations de ses opérés

recueillies depuis 1916 et nous a inspiré l'idée de les étudier, de les critiquer, d'en dégager des indications et de faire de cette étude le sujet de notre thèse.

Il est à remarquer que les auteurs cités plus haut insistent surtout sur les avantages de la voie inguinale dans les cures radicales des hydrocèles vaginales, donnent comme possibles les autres interventions, mais ne présentent que peu ou pas d'observations à l'appui de cette affirmation. Dans les faits cliniques que nous rapporterons plus loin, figurent un certain nombre de cas de kystes du cordon, torsion du cordon, orchites tuberculeuses, hématoécèles, qui donneront à cette étude un intérêt plus général.

Conception de la Méthode

A priori, l'idée d'adopter l'incision inguinale pour intervenir sur le contenu des bourses, apparaît comme une voie détournée, donnant moins de jour sur le champ opératoire, et obligeant à des déplacements étendus des organes intra-scrotaux. Comment y furent pourtant amenés les auteurs qui l'ont préconisée ? Le Professeur Phocas nous l'explique ; c'est qu'ayant remarqué qu'au cours de l'opération de hernie inguinale, très bénigne comme suites, le testicule est fréquemment attiré hors des bourses dans l'incision et cela très facilement ; que, d'autre part, l'opération du varicocèle par résection d'une partie du scrotum ne donne pas toujours des résultats satisfaisants (désunion des sutures, hémorragies, récurrence de la distension des bourses), il considère comme avantageuse l'incision inguinale qui respecte l'intégrité des téguments du scrotum, comme facile l'atteinte du testicule, sa libération du fond des bourses, sa suspension assez haut, but cherché, contre la cloison. C'est en effet à propos de la cure du varicocèle qu'il expose d'abord cette technique.

La méthode habituelle de cure radicale de l'hydrocèle vaginale avec retournement de la séreuse par incision scrotale, qui donne de très bons résultats, a pourtant les mêmes sérieux inconvénients qui tiennent tous à l'anatomie même des tissus qu'intéresse l'incision : peau fine, susceptible aux antiseptiques, plissée, riche en glandes et en poils, difficile à désinfecter, adhérente aux dartos, recouvrant un riche plexus veineux ; toutes ces conditions anatomiques entraînent des difficultés opératoires (hémostase, réintégration du testicule, réunion, affrontement) et surtout des compli-

cations post-opératoires qui, sans être toujours inquiétantes, ont du moins ce fâcheux résultat de prolonger la convalescence (infections, hématomes, hémorrhagies secondaires, désunion, suintements, fistules, eczémas, etc.). L'incision inguinale ici serait aussi avantageuse. Permet-elle l'intervention? Est-il possible d'attirer le testicule, non plus sain, mais entouré de son kyste vaginal, dans l'incision? Phocas l'estime à la condition d'avoir d'abord ponctionné l'hydrocèle à travers le scrotum et cite, en effet, une dizaine d'opérés pour lesquels il adopte cette conduite. Cette ponction préalable n'est même pas utile, comme le fait remarquer l'année suivante Gomoïu, car en refoulant par le fond des bourses, on peut faire saillir le kyste dans l'incision et le ponctionner au trocart ou au bistouri dans la plaie inguinale et à partir de ce moment inciser, exciser, retourner, suturer, suspendre la vaginale et replacer les organes dans un scrotum intact.

Gomoïu préconise beaucoup cette voie pour l'hydrocèle; il lui décrit de plus les avantages suivants : facilité de la désinfection et de la suture de la peau inguinale et rapidité de sa cicatrisation parfaite, sa solidité, intégrité du tissu cellulaire plus apte à modifier la surface de la séreuse retournée; faculté d'opérer par la même voie, même au cours de l'intervention, d'autres lésions, souvent associées (hernies, orchites, etc.); enfin pansement minimum et propre au lieu du pansement scrotal volumineux, irritant, difficilement hémostatique, toujours plus ou moins souillé de sécrétions sudorales, ou d'urine.

Enfin, avec quelques observations à l'appui, il préconise toujours l'incision inguinale pour les castrations, les kystes du cordon, l'hématocèle.

Rappel Anatomique et Technique

Quelques mots rappelant l'anatomie de la région expliqueront les inconvénients de la voie scrotale et la possibilité des interventions par la voie inguinale.

1° Région Scrotale

Au point de vue topographique et chirurgical, on considère que les enveloppes des testicules forment deux couches séparées par un plan celluleux : une couche externe constituée par la peau, un mince pannicule adipeux, des vaisseaux et le dartos ; une couche profonde constituée par la gaine fibreuse commune, le crémaster, les deux feuillets de la vaginale.

1° Couche superficielle.

a) Peau : très fine, transparente, extensible. mais ordinairement plissée, très riche en glandes sudoripares et sébacées, très vasculaire ;

b) Tissu adipeux : rare, n'existe qu'à la racine des bourses, manque à la partie inférieure ;

c) Dartos : fibres musculaires lisses formant gaine à chaque testicule, et en s'adossant au plan médial, contribuent à la constitution de la cloison des bourses. Ces fibres musculaires forment plusieurs couches superposées à directions différentes et confondues à la partie inférieure en un plexus.

Ces fibres sont adhérentes à la face profonde de la peau comme un véritable muscle peaucier. Ce sont elles qui lui donnent son aspect plissé par sa contraction. Comme toutes les fibres lisses, leur contraction est lente et durable.

Ces caractères expliquent pourquoi cette peau est difficile à désinfecter mécaniquement, fragile aux antiseptiques, à la teinture d'iode si communément employée dans les autres régions, particulièrement sujettes à la macération et à l'excoriation sous les pansements. Le muscle contracté par les excitations de l'acte chirurgical oblitère les vaisseaux cutanés mais son relâchement, quand le malade est reporté dans son lit, cause des hémorrhagies secondaires.

L'adhérence musculaire aux couches profondes de la peau, la souplesse de celle-ci qui n'est pas soutenue par une couche adipeuse, créent le recroquevillement des lèvres de la plaie vers l'intérieur, le mauvais affrontement des tranches et la mauvaise réunion définitive, d'autant plus que ces téguments comme ceux de la tête sont remarquables par la rapidité de leur processus cicatriciel.

2° Couche celluleuse.

C'est le fascia de Cooper nettement délimité du côté des cuisses aux branches ischio-pubiennes à l'insertion supérieure du dartos, mais qui se continue dans les autres directions en particulier sur la région antérieure de l'abdomen et de l'anneau inguinal. Cette couche est très lâche, uniquement conjonctive, facile à distendre par les épanchements liquides ou gazeux. C'est elle qui permet le glissement facile du testicule et du cordon entouré de leur gaine commune vers l'anneau inguinal hors du sac scrotal.

3° *Couche profonde.*

a) *COUCHE ERYTHROÏDE.* — Formée par l'épanouissement des fibres musculaires striées du crémaster qui s'insère sur l'épine du pubis et l'arcade fémorale, descendant le long du cordon et s'étalant en éventail sur la tunique fibreuse ; quelques faisceaux que nous retrouverons rejoignant le dartos.

b) *TUNIQUE FIBREUSE.* — C'est un sac résistant au niveau du testicule qu'elle enveloppe complètement, plus mince au fur et à mesure qu'il remonte le long du cordon et pénétrant avec lui dans le canal inguinal pour se confondre avec le fascia transversalis. Il forme une lamelle vascularisée et contenant quelques fibres musculaires qui s'insèrent à la partie postérieure du testicule et de l'épididyme d'une part et d'autre part à la partie la plus déclive du dartos connue sous le nom de ligament scrotal. Ce ligament entraîne l'invagination de la peau du scrotum quand on attire le testicule en haut ; c'est lui que Phocas propose de sectionner dans sa cure de varicocèle.

c) *VAGINALE.* — Siège de l'hydrocèle. — Double sac séreux fermé complètement comprenant : un feuillet pariétal uni au sac fibreux par un mince tissu cellulaire sous-vaginal ; un feuillet viscéral recouvrant le testicule, s'insinuant entre lui et l'épididyme, recouvrant ce dernier et remontant sur le cordon sur une hauteur de quelques millimètres, passant en avant du ligament scrotal de façon à laisser en dehors de la cavité séreuse la queue de l'épididyme. En haut les deux feuillets s'unissent fermant la cavité. Un liquide qui peut être très abondant permet le glissement des deux feuillets l'un sur l'autre.

Tillaux rappelle qu'il existe à la face externe de la vaginale quelques fibres musculaires disposées de telle sorte qu'elles causeraient la forme en bissac, observée dans de nombreuses hydrocèles. Cette disposition, signalée par Béraud, pourrait devenir un obstacle à l'énucléation du testicule ou à sa réintégration dans les opérations par voie inguinale. Nous verrons qu'en pratique, il y a parfois là un obstacle que M. Chalier désigne pour l'avoir rencontré de façon courante, le *diaphragme inguino scrotal*. Ce diaphragme siège à peu près à la hauteur de l'épine du pubis. Les fibres qui le constituent vont se continuer de façon plus ou moins serrée avec les deux piliers de l'orifice inguinal superficiel, avec lesquels elles forment une sorte de *foramen ovale* plus ou moins large par où descendent dans les bourses les éléments du cordon.

4° Enfin le testicule, l'épididyme entourés de la vaginale, suspendus au cordon (canal déférent et éléments vasculaires) forment un tout, mobile d'une pièce, grâce au fascia de Cooper. De là, la facilité : par traction sur le cordon ou refoulement sur le fond du scrotum d'amener dans la plaie inguinale non seulement le testicule normal, mais aussi une collection kystique développée dans la vaginale

2° Région Inguinale

Pour les interventions dont nous nous occupons, il suffit de rappeler les plans qui recouvrent le cordon. Ce sont :

1° *La peau* ; elle présente quelques poils et quelques glandes dans sa partie inférieure ; peu mobile, elle est remarquable par la facilité de son affrontement et de sa

réunion définitive. La notion de bénignité de la plaie de hernie est assez connue pour qu'il soit inutile d'insister. La simplicité du pansement opératoire est également connue et nous verrons que M. Chaliér l'a complètement supprimé dans de nombreux cas.

2° *Tissu cellulaire* ; plus ou moins adipeux, sans intérêt spécial. Ce tissu est relativement peu vascularisé, mais il présente cependant, sur le trajet habituel de l'incision, deux petits paquets artériels et veineux, l'un supérieur, l'autre inférieur, qui nécessitent une ligature de leurs deux bouts.

3° *Le Fascia de Cooper*, que nous retrouvons, recouvre directement la tunique fibreuse commune, doubl e du crémaster, plus ou moins différenciée à ce niveau et qui nous sont déjà connus. L'accès du cordon est donc direct. Remarquons cependant, que si nous considérons la partie de la région située au-dessus de l'orifice inguinal externe, un plan de plus nous sépare du cordon ; c'est un plan musculo-aponévrotique, formé par la portion inféro-interne du grand oblique au niveau de sa bifurcation en deux faisceaux obliques, les piliers interne et externe de l'anneau inguinal, renforcés ici par des fibres aponévrotiques allant d'un pilier à l'autre, d'ailleurs très variables, suivant les individus et appelées fibres en sautoir, arciformes, transverses, bandelettes additionnelles, etc.

C'est cette paroi antérieure du canal inguinal que nous verrons quelquefois inciser au cours des opérations et qu'il faudra toujours reconstituer avec soin par des sutures méthodiques à plusieurs plans avant de suturer la peau.

3° Technique

Après ce rappel de l'anatomie de la région, il est inutile

d'insister longuement sur la technique de l'opération ; nous nous bornerons à présenter celle que M. Chalier a définitivement adoptée.

L'incision cutanée est celle de la cure de la hernie inguinale classique, de préférence aux incisions arciformes ou perpendiculaires au cordon préconisées par les auteurs pour épargner au maximum le scrotum. L'incision intéresse ensuite le tissu cellulaire jusqu'à l'enveloppe du cordon. On pratique au fur et à mesure l'hémostase.

Cette incision peut suffire pour attirer dans la plaie un testicule sain, mais s'il existe de l'hydrocèle ou de la tuméfaction du testicule, plutôt que de prolonger l'incision en bas, il est préférable d'ouvrir le canal inguinal, parfois dans tout son trajet en sectionnant sa paroi antérieure. Le contenu scrotal peut ainsi être amené sans qu'il soit nécessaire d'inciser le ligament scrotal, ni de pratiquer préalablement la ponction des hydrocèles. La cure proprement dite de l'infirmité traitée se fait dans la plaie inguinale comme dans la plaie scrotale (retournement de la vaginale, résections, ligatures, etc.) sans particularité. Il faut ensuite replacer les organes. A ce temps, on remarque que le testicule reste souvent un peu haut. La paroi antérieure du canal inguinal est alors soigneusement reconstituée par des plans de suture méthodiques aux crins de Florence perdus. Le même soin est appliqué à la suture du tissu sous-cutané au catgut pour éviter les décollements et parfaire l'hémostase. Quant à la peau, on peut la réunir complètement, de préférence aux agrafes de Michel, qui donnent un meilleur affrontement.

Si la lésion traitée n'était pas suppurée, le drainage est inutile. Dans le cas contraire il doit se faire pour être

efficace par une petite contre-incision scrotale et le drain sera retiré au premier pansement.

Le pansement est le plus simple possible ou complètement supprimé.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

B... Louis, 44 ans, du 49^{me} Régiment d'Infanterie Territoriale.

Hydrocèle vaginale droite datant d'environ trois mois, ayant récidivé après ponction et injection iodée pratiquées un mois auparavant par un autre chirurgien.

Le 24 avril 1916, *Opération* (M. Chalier) : Cure radicale sous anesthésie au chloroforme. Incision inguinale, on tombe sur une membrane vaginale épaissie contenant un liquide jaune citrin, un testicule inversé, mais non malade. Excision et retournement combinés de la vaginale. Hémostase soigneuse. Fermeture complète à deux plans. Contre ouverture scrotale dans laquelle on laisse un drain.

Le 26 avril, premier pansement. Le drain est retiré. On a dû pratiquer deux fois le catheterisme de l'urèthre.

Le 1^{er} mai, ablation des fils. Très bon résultat.

Le 3 mai, le malade se lève. Il quitte l'hôpital le 18 mai avec une permission de 7 jours.

Le 19 juin, le malade écrit pour signaler le bon résultat de l'intervention bien qu'ayant rejoint son régiment et avoir fait plusieurs étapes dès le 1^{er} juin.

OBSERVATION II

P... Jean, 20 ans, 28^{me} Bataillon de Chasseurs alpins.

Hydrocèle vaginale gauche du volume d'une poire.

Le 16 juin 1916, *Opération* (M. Chalier) : Anesthésie à l'éther. Petite incision inguinale de 6 cm. Vaginale épaissie ainsi que

les enveloppes superficielles du scrotum. Liquide jaune citrin. Résection complète de la vaginale épaissie et suture en bourse de la tranche de section de la vaginale avec les tissus scléreux du scrotum. Le testicule et l'épididyme ne semblent pas altérés malgré la présence d'une albuginée hypervascularisée.

Le 25 juin, ablation des fils. Réunion par première intention.

Le 3 juillet, le malade quitte l'hôpital guéri.

OBSERVATION III

L... Pierre, 39 ans, 9^{me} d'artillerie, 6^{me} batterie.

Volumineuse hydrocèle vaginale gauche datant d'environ quatre mois.

Le 6 février 1917, *Opération* (M. Chalier) : Anesthésie à l'éther. Cure radicale par incision inguinale. Excision complète de la vaginale ; liquide jaune citrin. Pas de lésion du testicule. Hémostase soigneuse. Suture de la tranche de section de la vaginale. Suture complète du tissu cellulaire. Suture de la peau aux agrafes de Michel. Pas de pansement.

Le 13 février, ablation des agrafes. Réunion par première intention.

Le 23 février, l'hémiscrotum gauche est presque normal.

Le 8 mars, le malade est guéri complètement.

Suites opératoires complètement apyrétiques.

OBSERVATION IV

Au... Jules, 21 ans, 109^{me} Régiment d'Infanterie.

Très volumineuse hydrocèle vaginale gauche idiopathique.

Le 29 janvier 1917, *Opération* (M. Chalier) : Anesthésie à l'éther. Cure radicale par voie inguinale. Vaginale d'épaisseur normale renfermant un demi-litre de liquide clair. Pas de lésion testiculaire, sauf un léger dépoli de l'albuginée. Suture complète

au catgut de la tranche de section de la vaginale. Fermeture complète de la paroi à deux plans. Fermeture de la peau aux agrafes de Michel. Pas de pansement.

Le 6 février, ablation des agrafes. Réunion par première intention. Elévation de température les trois soirs consécutifs à l'intervention dépassant 38° et cédant à un purgatif.

Le malade sort le 14 février guéri.

OBSERVATION V

B... Marcel, 37 ans, 53^e Régiment d'infanterie territoriale.

Hydrocèle vaginale gauche de moyen volume datant de dix-huit mois environ. Pas d'antécédents bacillaires, mais blennorrhagie et prostatite.

Le 21 septembre 1916, *Opération* (M. Chalier) : Anesthésie au chloroforme. Cure radicale par voie inguinale. Résection complète de la vaginale non épaissie renfermant un liquide jaune citrin. Testicule et épидидyme normaux. Adiposité extrême. Hémostase soigneuse. Suture du tissu cellulaire et fermeture complète.

Le 29 septembre ablation des fils. Réunion par première intention sans le moindre gonflement scrotal. Le 9 décembre le malade écrit de son régiment pour signaler la persistance de sa guérison.

OBSERVATION VI

B... François, 41 ans, 53^e Régiment d'infanterie territoriale.

Grosse hydrocèle vaginale gauche en bissac, remontant assez haut dans la région funiculaire.

Le 28 septembre 1916, *Opération* (M. Chalier) : Anesthésie au chloroforme. Cure radicale par voie inguinale. Résection com-

plète de la vaginale et retournement combinés. Pansement au collodion.

Le 5 octobre, ablation des fils. Réunion par première intention.

Le 26 octobre, le malade sort guéri avec un congé de convalescence de 15 jours.

OBSERVATION VII

Hernie inguinale et hydrocèle

F... Sylvain, 43 ans, 298^e territorial d'infanterie,
Hernie inguinale bilatérale. Hydrocèle.

Le 7 novembre 1916, *Opération* (M. Chaliér) : Cure radicale par incision inguinale. A droite on découvre un cordon très lipomateux, un sac herniaire très volumineux et une petite hydrocèle vaginale. Résection du sac herniaire. Retournement de la vaginale ; on trouve dans la vaginale deux petites concrétions blanches, libres, en forme de haricot. Suture de la vaginale retournée. Surjet à la soie du plan musculo-aponévrotique, suture de la peau.

Le 15 novembre, ablation des fils. Réunion par première intention.

Le 7 décembre, le testicule droit reste un peu remonté. Guérison.

OBSERVATION VIII

Col... Henri, 20 ans, Malleval.

Hydrocèle vaginale gauche d'assez gros volume.

Le 25 avril 1919, *Opération* (M. Chaliér) : Anesthésie à l'éther. Incision inguinale, ouverture du canal inguinal et attraction au dehors du contenu de la bourse gauche, ponction au bistouri de la tumeur kystique qu'on fait saillir. Il s'écoule un liquide clair

citrin. La vaginale est largement ouverte ; le testicule ainsi que l'épididyme apparaissent sains. La vaginale est retournée et les deux lèvres partiellement suturées, le testicule réintégré dans le scrotum. Réfection aux crins de Florence perdus du canal inguinal. Surjet sous-cutané au catgut. Suture de la peau aux agrafes de Michel. Pas de pansement.

Le 2 mai, ablation des agrafes. Guérison par première intention.

OBSERVATION IX

Hydrocèle et Inversion testiculaire

C...

Hernie inguinale gauche. Kyste de l'épididyme droit.

Le 3 juin 1919, *Opération* (M. Chalier) : Anesthésie à l'éther. A droite, incision inguinale, attraction du testicule. Au lieu du diagnostic porté de kyste de l'épididyme, on se trouve en présence d'une inversion du testiculaire, d'ailleurs non fixé à son extrémité inférieure et d'une petite hydrocèle postérieure. La vaginale est retournée et fixée en avant du cordon. Réintégration du testicule dans le scrotum. Fermeture complète à deux plans de suture. Suture de la peau aux agrafes de Michel. Pas de pansement.

Guérison sans aucun incident.

OBSERVATION X

Hydrocèle et atrophie du testicule

P... Michel-Côme, 20 ans, Thizy.

Volumineuse hydrocèle vaginale gauche, venue spontanément dix mois auparavant. Le testicule droit, quoique en sa position

normale est complètement atrophié, réduit au volume de celui d'un enfant de 10 ans. Trois blennorragies dans les antécédents.

Le 15 juillet 1919, *Opération* (M. Chaliér) : Rachianesthésie à l'alcoïcaine Lumière. Incision inguinale. Cure radicale de l'hydrocèle par excision complète de la vaginale et retournement du peu qui reste. Le canal inguinal étant élargi, on le rétrécit en passant un crin de Florence perdu sur sa paroi antérieure. Surjet sous-cutané au catgut. Suture de la peau aux agrafes de Michel. Aucun pansement.

Guéri par première intention.

OBSERVATION XI

Varicocèle. — Hydrocèle. — Lipome du cordon

Du... Camille, 29 ans, dépôt de chevaux d'Héricourt.

Varicocèle énorme, gauche, idiopathique.

Le 26 janvier 1917, *Opération* (M. Chaliér) : Anesthésie à l'éther. Incision inguinale de 8 centimètres. Résection de tout le paquet variqueux antérieur, qui comprend des veines énormes. La vaginale, qui contient un peu de liquide est incisée et retournée. En cours de route, on a réséqué un volumineux lipome du cordon situé dans la gaine fibreuse commune et en dehors des éléments propres du cordon. Fermeture complète à deux plans de suture sans drainage. Suture de la peau aux agrafes de Michel. Pas de pansement. Température dépassant 38° jusqu'au 31 janvier. Ablation de la moitié des agrafes ; léger hématome du scrotum.

Le 2 février, ablation complète des agrafes. Réunion *per primam*.

Le 22 février, le malade sort guéri avec un congé de convalescence de 15 jours.

OBSERVATION XII

Varicocèle et hydrocèle vaginale

Es... Jean-Baptiste, 27 ans, 286^e Régiment d'artillerie lourde.

Varices volumineuses des 2 membres inférieurs et varicocèle gauche assez volumineux.

Le 21 juin 1919, *Opération* (M. Chalier) : Anesthésie à l'éther. Incision inguinale gauche. Résection d'une partie des veines du cordon. Incision de la vaginale qui renferme un peu de liquide d'hydrocèle et retournement avec fixation de la vaginale retournée à la ligature supérieure des veines réséquées et à l'aponévrose du grand oblique incisée dans l'élargissement du canal inguinal. Le testicule se trouve de ce fait remonté à la partie supérieure du scrotum. Plan sous-cutané suturé au surjet de catgut. Suture de la peau aux agrafes de Michel. Aucun pansement.

Réunion par première intention.

OBSERVATION XIII

Varicocèle. — Hydrocèle. — Kyste spermatique

O... Marcel, 26 ans, charpentier.

Le 8 juillet, *Opération* (M. Chalier) : Rachianesthésie à l'allocaïne Lumière. Incision inguinale. Résection d'un gros paquet variqueux de 20 cm. de long appartenant au groupe antérieur des vaisseaux spermatiques. On ouvre également un kyste spermatique. La vaginale renfermant un peu de liquide d'hydrocèle est incisée et retournée. Le testicule est fixé par la méthode de Parona. La paroi antérieure du canal inguinale est suturée aux crins de Florence perdus. Surjet sous-cutané au catgut. Agrafes de Michel à la peau. Pas de pansement. Réunion *per primam*.

OBSERVATION XIV

Kyste de l'épididyme

M... Jean, 42 ans, 233^{me} Régiment d'Infanterie.

Kyste de l'épididyme droit, du volume d'un œuf de pigeon, ayant débuté insidieusement quatorze mois auparavant. Aspect bilobé formé par le kyste et le testicule sous-jacent presque complètement séparés. Trois enfants.

Le 11 septembre 1916, *Opération* (M. Chaliér) : Anesthésie au chloroforme. Incision inguinale. Il s'agit bien d'un kyste de l'épididyme au niveau de la tête de cet organe, kyste qui est complètement indépendant de la vaginale laquelle contient un peu de liquide d'hydrocèle. La vaginale est incisée. Le kyste est facilement libéré, il ne se rompt qu'en fin d'opération et est composé d'une membrane très fine avec un contenu blanchâtre d'un aspect un peu trouble. La vaginale est retournée. Fermeture complète à deux plans.

Le 19 septembre 1916, ablation des fils. Réunion par première intention.

Suites opératoires absolument normales.

OBSERVATION XV

Hernie inguinale. — Epididymite scléreuse

B... Jean-Marie, 35 ans, 158^e Régiment d'infanterie.

Hernie inguinale bilatérale surtout marquée à gauche où elle est sonore et réductible. A gauche grosse épидидымite qu'on croit bacillaire au niveau de la tête de l'organe. On ne peut isoler la queue du testicule. Très petite couche d'hydrocèle. La hernie remonterait à 5 ans ; l'épididymite à trois mois. Pas d'antécédents bacillaires ni gonococciques. Canal déférent non augmenté de volume. Toucher rectal négatif.

Le 24 mars 1919, *Opération* (M. Chaliér) : Rachianesthésie à l'allocaine Lumière. Cure radicale de la hernie droite. A gauche incision inguinale, découverte d'un volumineux sac herniaire par faiblesse de la paroi, résection du sac. On ramène dans la plaie le testicule sans le libérer du ligament scrotal. Evacuation d'une mince couche d'hydrocèle et retournement de la vaginale. Le testicule est gros et résistant mais non altéré, l'épididyme doublé de volume. On pratique l'épididymotomie exploratrice qui montre du tissu scléreux sans autre altération. On referme par un point de catgut et on réintègre le testicule. La paroi antérieure du canal inguinal est réparée aux crins perdus ; surjet sous-cutané au catgut ; la peau est suturée aux agrafes. Pas de pansement.

Suites simples. Le malade sort le 20 avril guéri.

OBSERVATION XVI

Hématocèle vaginale rompue

V... Léo, 26 ans, 68^e Régiment d'infanterie.

Le malade avait remarqué depuis un an que son testicule droit était plus volumineux que le gauche. Le 21 février 1919 en jouant au foot-ball le malade reçoit le ballon sur le scrotum. Immédiatement après le choc survient un gonflement qui s'est maintenu jusqu'au moment de l'examen. La moitié droite du scrotum atteint le volume d'une grosse poire, lourde, de consistance tendue, pseudo-fluctuante sans adhérence à la peau. A la face antérieure on perçoit une éraillure du dartos admettant la pulpe du doigt.

Le 1^{er} avril 1919, *Opération* (M. Chaliér) : Anesthésie à l'éther. Incision purement inguinale par laquelle tout le contenu de l'hémiscrotum droit est attiré au dehors. Incision d'une volumineuse hématocèle vaginale contenant un liquide hématique, de gros caillots adhérents à la vaginale épaissie notablement et

rompue sur sa face antérieure dans la partie traumatisée. Résection presque totale de la vaginale, retournement de la partie restante, réintégration du testicule, drainage scrotal au point déclive, reconstitution soigneuse de la paroi à deux plans de suture.

Le 7 avril, ablation du drain. Très bon état.

Le 11 avril, ablation des fils, réunion par première intention. L'hémiscrotum droit est encore tuméfié mais bien diminué.

Sort de l'hôpital le 24 avril guéri.

OBSERVATION XVII

Hématocèle vaginale

D... Alfred, 38 ans, 23^{me} Artillerie de campagne.

Le malade était, paraît-il, porteur depuis 5 à 6 mois d'une hématocèle vaginale gauche volumineuse.

Le 5 janvier 1917, dans une chute de cheval, il a subi une forte contusion de l'hémiscrotum gauche. On porte le diagnostic d'hématome des enveloppes des bourses.

Le 23 janvier 1917, *Opération* (M. Chalier) : Anesthésie à l'éther. Incision inguinale. Il est impossible de libérer le testicule du fond du scrotum où la vaginale très épaissie adhère fortement. Il y a d'ailleurs vraisemblablement au point qui a subi le traumatisme une déchirure de la séreuse de la dimension d'une pièce de cinquante centimes à la face externe du testicule. Dans les efforts de décortication de la vaginale se produit une abondante évacuation de caillots et de sang poisseux noirâtre. La décortication de la vaginale est pratiquée assez facilement. La presque totalité de la séreuse est excisée ; elle est d'ailleurs fortement épaissie. L'albuginée testiculaire présente des lésions de contusion hémorragique d'aspect velvétique. On pratique la suture du *fascia superficialis* avec la lèvre de la tunique fibreuse du cordon de façon à éverser les parois fibreuses du

cordon en capitonnant les espaces morts de façon à obtenir une meilleure hémostase. On place un drain contre le testicule sortant par une contre-incision scrotale. Suture complète de la peau.

Le 28 janvier, ablation du drain. Bon état de la plaie. Le gonflement du scrotum est encore très marqué.

Le 31 janvier, ablation des fils. Réunion à peu près complète. Léger suintement séreux. Gonflement ligneux modéré de l'hémiscrotum gauche.

Le malade se lève le 1^{er} février ; il sort le 14.

OBSERVATION XVIII

Torsion du cordon spermatique

Au... Jean-Baptiste, 26 ans, 6^e Génie.

Depuis l'âge de 12 ans le malade a souffert de poussées inflammatoires d'orchépididymite. Jamais de blennorrhagie. Récemment a eu un peu de funiculite. Au moment de l'examen, le 10 mars 1917, le testicule gauche paraît à peu près doublé de volume et forme avec l'épididyme une masse peu distincte avec une mince couche de liquide à la face antérieure. Le cordon est légèrement épaissi. Rien au toucher rectal. Très bon état général sans antécédents bacillaires.

Le 27 février, aurait eu une crise douloureuse plus marquée ayant duré trois jours et trois nuits et ayant cédé à l'application de glace.

Le 10 mars 1917, *Opération* (M. Chalier) : Anesthésie à l'éther. Incision inguinale. Dans la pensée qu'il y a une mince couche d'hydrocèle une incision ouvre l'albuginée par où s'échappe le testicule complètement noir, d'aspect truffé. Il s'agit donc d'une torsion du cordon. On trouve en effet une torsion intravaginale d'un tour et demi. Après avoir réduit la torsion il se trouve que l'incision antérieure est devenue postérieure. La coloration du

testicule ne se modifie guère et on craint une élimination secondaire. Le testicule n'étant nullement fixé et complètement libre dans la vaginale considérablement épaissie (trois à quatre millimètres), celle-ci ne présentait pas de trace de liquide. L'épididyme était noir et turgescant. Malgré les craintes d'élimination le testicule est fixé à la partie postéro-inférieure de la vaginale. Suture complète de la paroi à deux plans. Agrafes de Michel sur la peau. Pas de pansement.

13 mars. — Ni douleurs, ni température depuis l'opération. L'hémiscrotum gauche est un peu augmenté de volume et légèrement sensible à la pression.

14 mars. — Ablation de la moitié des agrafes. La plaie est en très bon état. L'hémiscrotum gauche a diminué d'un bon quart. La conservation du testicule paraît désormais assurée.

20 mars. — Ablation des dernières agrafes. Aucun incident post-opératoire.

23 mars. — Premier lever du malade.

Le 3 avril le malade qui a été évacué dans un autre hôpital écrit que son voyage ne l'a nullement fatigué et signale seulement que le testicule paraît remonté à la partie supérieure du scrotum entraînant le fond de celui-ci.

OBSERVATION XIX

Pachyvaginalite

Au... Jules, 44 ans, 43^{me} Régiment territorial.

Le malade a remarqué depuis 18 ans un petite nodule dans le scrotum gauche. Pas d'antécédents gonococciques. Pas d'antécédents nettement bacillaires. Deux jours après une vaccination antityphique pratiquée le 22 octobre 1916 (sixième piqûre), apparaît une augmentation brusque de volume du testicule gauche. A l'examen, l'hémiscrotum gauche atteint le volume d'une mandarine, très lourd, rouge par place et légère-

ment oedémateux. La peau est adhérente à la face antérieure sur une surface des dimensions d'une pièce de cinq francs. La tuméfaction est globale et il est difficile de reconnaître le testicule de l'épididyme. Légère fluctuation dans la portion antérieure adhérente. Le cordon est très volumineux. Toucher rectal négatif; le lobe gauche de la prostate paraît seulement un peu augmenté de volume. Bon état général malgré lequel on porte le diagnostic de poussée aigüe d'une orchioépididymite tuberculeuse ancienne, peut-être provoquée par l'injection antityphique.

Le 21 novembre, *Opération* (M. Chaliér) : Anesthésie à l'éther. Une longue incision inguinale est pratiquée, qui permet de découvrir tout le cordon. Le canal inguinal est ouvert pour permettre d'attirer le maximum de cordon, qui est d'ailleurs sain au niveau de l'orifice profond. Le cordon est dissocié en plusieurs pédicules qui sont liés isolément. Le canal inguinal est soigneusement reconstitué par deux plans de suture. On attire en haut tout le contenu du scrotum sans l'ouvrir avec de grandes difficultés au niveau de la face antérieure adhérente à la peau. Ablation au niveau des ligatures. Fermeture complète par un plan adipocelluleux et un plan cutané aux agrafes. Un drain est placé dans le scrotum. L'examen de la pièce montre qu'il n'existe ni abcès, ni formation macroscopiquement tuberculeuse sauf un nodule jaunâtre à la section de l'épididyme. La vaginale est très épaissie (un centimètre) surtout au niveau où elle était adhérente et renferme un liquide opalescent clair.

Le 23 novembre, ablation du drain. Plaie inguinale en bon état. La peau scrotale est noirâtre dans la région où avait été constaté une adhérence.

Le 28 novembre, ablation des agrafes. Réunion par première intention. L'aspect noirâtre de la peau disparaît.

Le 4 février 1917, le malade qui a rejoint, après un mois, son régiment, écrit qu'il a été très soulagé.

OBSERVATION XX

Epididymite

L... Jean, 36 ans, 298^{me} régiment territorial.

Pas d'antécédents bacillaires. 3 enfants bien portants. Blennorrhagie à 18 ans. Affection actuelle datant du 5 novembre 1916. A l'examen, épидидyme droit gros et turgescent, douloureux au niveau de la tête. Pas de lésion du testicule, pas d'hydrocèle appréciable. Cordon un peu épaissi. Léger écoulement séreux par le canal. Prostate et vésicules normales.

Le 25 novembre 1916, *Opération* (M. Chalier) : Anesthésie à l'éther. Incision inguinale. On attire le testicule. Ouverture de la vaginale de laquelle s'échappe un peu de liquide citrin. Testicule sain. Résection de la totalité de l'épididyme un peu moins gros qu'on ne croyait. Pas de fixation du testicule au scrotum. Hémostase soigneuse, cautérisation de la tranche au thermocautère. Fermeture complète sans drainage. Suture de la peau aux agrafes. Pas de pansement.

L'épididyme sectionné ne présente aucune lumière, est d'un aspect lardacé, sans pus ni tubercule macroscopique.

Le 29 novembre, ablation de la moitié des agrafes. La plaie est en bon état.

Le 3 décembre, ablation du reste des agrafes.

Le 20 décembre, le testicule droit est un peu gros et douloureux. L'écoulement uréthral, qui a cessé dès le lendemain de l'opération, n'a pas reparu.

Le 21 décembre, le malade quitte l'hôpital avec une convalescence de vingt jours.

OBSERVATION XXI

S... Joseph, 39 ans, 41^e Régiment territorial.

Epididymite tuberculeuse droite sous forme d'un noyau au niveau de la queue de l'organe et datant seulement, au dire du malade, de quelques semaines. Bonne santé, 2 enfants.

Le 19 novembre 1916, *Opération* (M. Chalier) : Anesthésie à l'éther. On fait une incision inguinale; on attire le testicule, l'orchidotomie exploratrice montre un testicule sain. Suture à quelques points de cette incision. L'épididyme est seul intéressé au niveau de la queue. Epididymitomie totale sans léser de vaisseau important. Le canal déférent, très épaissi, nettement moniliforme est réséqué sur une longueur de 15 centimètres jusqu'à son entrée dans l'abdomen sans le lier. On fixe le testicule au gubernaculum. Suture complète de la paroi à trois plans sans drain. Pas de pansement.

L'examen des pièces montre de gros tubercules crus au niveau de la queue de l'épididyme épaissi et fibroscléreux. Le canal déférent est induré au niveau des portions renflées qui ne présentent aucune lumière.

Le 27 décembre, ablation des agrafes. Réunion par première intention.

Le 11 janvier, le malade quitte l'hôpital pour un congé d'un mois ne présentant aucune douleur testiculaire, en excellent état général. L'hypertrophie de la prostate constaté avant l'opération a disparu.

OBSERVATION XXII

S... Léon, 36 ans, 47^e d'artillerie.

Le malade aurait été porteur, depuis environ 15 ans, d'une hydrocèle vaginale droite traitée il y a quatre ans par ponction et injection iodée. L'épanchement ne s'est pas renouvelé. Trois semaines avant l'examen poussée subaigüe spontanée avec œdème du scrotum et tiraillement du cordon.

A l'examen l'hémiscrotum droit a le volume d'un gros œuf avec une petite hydrocèle très tendue à l'arrière de laquelle l'organe épидидymotesticulaire forme une masse volumineuse mais imprécise. Canal déférent non moniliforme mais épaissi.

Toucher rectal négatif. Bon état général sans antécédents bacillaires.

Le 8 février 1917, *Opération* (M. Chalier) : Anesthésie à l'éther. Incision inguinale. Après orchidotomie exploratrice négative on pratique la résection complète de la vaginale ainsi que du canal déférent (15 centimètres) et de l'épididyme. Hémostase soigneuse mais peu satisfaisante. Suture du tissu cellulaire. Agrafes sur la peau. Pas de pansement. Suspension des bourses par trois lanières adhésives.

L'épididyme très adhérent présentait des granulations et un épaissement fibreux sans abcès ou tubercule caséeux. La vaginale renfermait quelques centimètres cubes de liquide citrin, était très épaissie et adhérait fortement à l'albuginée.

Le 16 février, ablation des agrafes. Réunion par première intention. Pas d'hématome.

Le 23 février l'hémiscrotum droit un peu augmenté de volume n'est plus douloureux. Bon résultat. Le malade ne souffre aucunement ni pendant la station debout, ni pendant la marche.

Le 28 février, très bon état. Absence complète de douleur, même pendant le coït.

OBSERVATION XXIII

M... Henri, 30 ans, 8^{me} Génie, C^{ie} 5.

Orchiépididymite tuberculeuse datant seulement de six semaines. Très gros épididyme surtout au niveau de la queue où s'est fait le début. Canal déférent un peu gros, petite couche d'hydrocèle vaginale. Testicule paraissant un peu gros. Rien à droite. Dans les antécédents on trouve une bronchite avec pleurésie en 1917, une blennorrhagie en 1914. Le toucher rectal montre une saillie de la prostate à droite.

Le 3 octobre 1917, *Opération* (M. Chalier) : Anesthésie à l'éther. Incision inguinale. Large incision de la vaginale qui ne

présente pas de lésion mais écoulement d'une assez grande quantité d'hydrocèle. Testicule de volume normal. L'épididyme est très gros, turgescant, avec lésions prédominantes à la tête (cavernes et abcès caséux). Epididymectomie complète rendue difficile par l'existence d'un varicocèle. Pas de résection du canal déférent. Hémostase soigneuse après résection de la vaginale. Thermocautérisation du corps d'Higmore. Suture complète à deux plans. Pas de pansement.

Le 4 octobre, grosse douleur dans la région du rein, gonflement scrotal notable.

Le 12 octobre, le gonflement a beaucoup diminué. Ablation des fils. Réunion par première intention.

Le 3 décembre, le testicule est revenu à peu près à ses dimensions normales.

OBSERVATION XXIV

P... Jean-Marie, 25 ans, mécanicien.

Epididymite bacillaire gauche. A droite légère hydrocèle et épaissement au devant du testicule. Aux dires du malade aurait subi en juillet 1914 la résection de la vaginale. Le toucher rectal montre un peu d'induration et d'hypertrophie du lobe gauche de la prostate.

Le 24 avril 1919, *Opération* (M. Chalier) : Anesthésie à l'éther. Incision inguinale. On trouve une hydrocèle vaginale de petit volume à contenu citrin clair sans lésion apparente du testicule ni de l'épididyme. Retournement de la vaginale. Suture postérieure des deux lèvres et réintégration du testicule. Reconstitution de la paroi antérieure du canal inguinal, incisée au début de l'opération, aux crins de Florence perdus. Surjet sous-cutané au catgut. Agrafes de Michel sur la peau. Pas de pansement.

Le 1^{er} mai, ablation des agrafes. Réunion par première intention. Guérison.

OBSERVATION XXV

Ra...

Orchiépididymite tuberculeuse droite typique. Le testicule est gros et renitent. On croit à la présence d'un peu d'hydrocèle. L'épididyme est gros et boësselé avec gonflement surtout marqué à la tête. Canal déférent gros mais non moniliforme. Rien à gauche.

Le 24 septembre 1917, *Opération* (M. Chalier) : Anesthésie à l'éther. Incision inguinale. Le testicule est amené hors des bourses et hors de la plaie, le ligament scrotal est nul ou infime. On pratique l'incision antérieure de la vaginale qui ne présente ni hydrocèle ni adhérences. Le testicule est très gros. On pratique l'épididymodéférentectomie avec soigneuse hémotase. La tête de l'épididyme étant nettement malade et renfermant un noyau caséeux au niveau de la tranche de section on cautérise celle-ci au thermo. A l'orchidotomie exploratrice le tissu crie sous le bistouri et paraît farci de granulations. Cependant, comme la chose est peu nette et qu'il n'y a pas d'abcès caséeux, on suture la tranche de section testiculaire et on réintègre le testicule dans le scrotum. On suture sans drainage complètement à deux plans. Pas de pansement.

L'organe enlevé comprend l'épididyme déroulé et douze centimètres de canal déférent hypertrophié mais peu altéré macroscopiquement. L'épididyme est à peu près sain au centre et surtout malade à la tête et à la queue; on trouve un gros abcès caséeux et des tubercules crus à la dissection de la tête.

Au 7^e jour les fils sont enlevés. Réunion par première intention de la plaie inguinale mais la peau du scrotum à droite est rouge et enflammée.

Le 9^e jour s'établit une fistule et la peau du scrotum s'ulcère sur l'étendue d'une pièce de 5 fr.

Le 18 novembre 1917, l'ulcération a encore les dimensions d'une pièce de 2 fr.

OBSERVATION XXVI

(Publiée par M. Chaliér, dans Journal d'Urologie)

**Epididymo-Déférentectomie pour Tuberculose chez
un sujet déjà castré du côté opposé**

G... B., 25 ans, soldat du service auxiliaire, marié, sans enfants, depuis 2 ans. Ni bronchite, ni pleurésie, ni maladies vénériennes dans ses antécédents. Il y a 7 ans, après avoir présenté des signes initiaux de bacillose du carrefour prostatovésical : pollakiurie, urines troubles, hématurie, cystalgie, il fut atteint de tuberculose épидидymo-testiculaire droite suppurée pour laquelle il fut castré par le professeur Tédénat. Il suppura un certain temps, puis guérit, et ne s'aperçut de rien d'anormal quand, tout récemment, après avoir contracté un engagement volontaire, il eut une forte grippe et, dans le décours de cette infection, il présenta une poussée très douloureuse du funiculite gauche.

Je le vois le 24 mars 1917 : tuméfaction assez volumineuse, très douloureuse, du cordon spermatique gauche, surtout dans sa portion inguinale où l'on sent un gonflement dur, en tuyau de pipe ; le testicule et l'épididyme paraissent à peu près sains. Toucher rectal négatif. Dès ce moment, je conseille la funicullectomie.

Le 27 mars, le cordon est un peu moins douloureux, mais il se fait une petite poussée épидидymaire (gonflement mou, douloureux à la pression).

Le 30 mars 1917 : le cordon moniliforme dans son trajet inguinal, il atteint par place les dimensions d'un gros porte-plume. Il est normal vers le bas. On dissocie mal l'épididyme du testicule. Hydrocèle nul ou minime.

L'Opération est décidée : longue incision purement inguinale ; ouverture du canal inguinal sur toute sa longueur : attraction

du testicule dans la plaie. Ouverture de la vaginale qui ne renferme que quelques gouttes de liquide et adhère fortement à l'albuginée testiculaire à sa partie antérieure ; le grand cul-de-sac sous-épididymaire est très vaste, sans adhérence. Le testicule paraît sain ; on le conserve sans juger utile de pratiquer une orchidotomie exploratrice ; libération de l'épididyme qui se déroule facilement et que l'on détache du testicule. Puis, libération progressive du canal déférent de bas en haut ; après destruction de quelques adhérences dans la partie basse du canal inguinal on tombe sur un gros renflement avec lésions de périfuniculite très épaisse ; dans ces manœuvres on ouvre et évacue un petit abcès séro-caséux péri-funiculaire. La libération du déférent est poussée le plus loin possible dans la cavité abdominale où on le sectionne entre 2 ligatures. Hémostase soigneuse. Retournement de la vaginale avec laquelle on enfuit la tranche de section épидидymo-testiculaire. Fixation du testicule au fond du scrotum. Attouchement au chlorure de zinc de la zone de tissu scléreux où adhérerait le canal déférent dans sa portion inguinale. Petite mèche à ce niveau. Réfection soigneuse du canal inguinal. Suture presque complète sur toute la longueur.

La pièce enlevée représente un canal moniliforme de 30 centimètres de longueur, constitué par l'épididyme déroulé et par le déférent jusques et y compris sa portion iliaque. L'épididyme est un peu altéré en un point. Là il est renflé en barillet sur 5 à 6 centimètres de longueur et présente le calibre d'un gros crayon. Un peu au-dessus est un second renflement, plus petit que le précédent, et qui était à cheval sur les vaisseaux épigastriques. Ces deux renflements ont un aspect nettement tuberculeux, le premier avec des amas caséux, le second avec un tubercule cru très visible.

Suites opératoires simples : le 3 avril 1917, ablation de la petite mèche ; le 7 avril, ablation des fils ; réunion *per primam* à l'exception du petit trajet occupé par la mèche. Ce trajet a

demandé un certain temps pour se combler ; la cicatrisation a été grandement favorisée par l'héliothérapie.

En novembre 1917, le malade nous disait que, depuis l'opération, son poids avait augmenté de 7 kg. 500. Le testicule gauche n'était ni atrophié, ni douloureux. Les relations sexuelles s'effectuaient normalement, comme jadis

Le malade vient de nous écrire (janvier 1919) qu'il va aussi bien que possible au double point de vue local et général.

Discussion des Observations et Résultats

En étudiant ces 26 observations, nous pouvons remarquer que l'incision inguinale a pu être appliquée à des cas variés : hydrocèles primitives ou récidivées, associées ou non à d'autres lésions de la vaginale, varicocèles, inversions testiculaires, torsion du cordon spermatique, hématoécèles vaginales orchiepididymites tuberculeuses, kystes, lipomes, abcès caséux du cordon.

De plus, nous trouvons souvent des lésions associées qui ont pu être traitées radicalement sans compliquer l'intervention, soit :

- 1 cas d'hydrocèle et hernie inguinale.
- 3 cas d'hydrocèle et varicocèle.
- 2 cas d'hydrocèle et inversion testiculaire.
- 1 cas d'hydrocèle et kyste de l'épididyme.
- 2 cas d'hydrocèle et lésions testiculaires.
- 1 cas de hernie, hydrocèle et épидидymite scléreuse.

Il est à remarquer que l'incision est plus commode pour intervenir sur le canal déférent jusqu'à son entrée dans l'abdomen ainsi que pour suspendre le testicule aux piliers de l'anneau inguinal dans les cas de varicocèle. Il fut toujours facile de pratiquer les différents temps opératoires suivants : le retournement de la vaginale avec ou sans

excision, la ligature et la résection des veines variqueuses, la résection du canal déférent, la castration, l'épididymectomie, l'orchidotomie exploratrice.

La ponction préalable des hydrocèles ne fut jamais pratiquée. Aucune difficulté ne s'est présentée pour attirer dans la plaie inguinale le kyste vaginale ou un testicule volumineux, quand la paroi antérieure du canal inguinal fut pratiquée. La réintégration du testicule fut parfois difficile et il resta parfois un peu haut près de l'anneau inguinal sans que ce soit une gêne pour le malade.

La forme en bissac de l'hydrocèle ne crée pas une difficulté. L'acte opératoire n'a présenté de difficulté que dans un cas d'adhérence des divers plans du scrotum au niveau d'un foyer de contusion, mais sans obstacle véritable.

Les suites opératoires se sont toujours montrées des plus simples. Le drain, quand il fut placé par prudence fut toujours retiré au premier pansement, soit le lendemain, soit le surlendemain de l'opération. La cicatrisation des tégu-ments de la plaie opératoire inguinale, protégée ou non sous un pansement, demande en moyenne huit jours sans qu'on ait de désunion à constater. Le premier lever variable suivant la nature des interventions se fait vers le 8^e jour. Les phénomènes inflammatoires ont toujours été nuls. A l'examen des feuilles à température, on note parfois pendant 3 jours une élévation au-dessus de 38°, cédant à l'administration d'un purgatif. Une seule fois, on dût pratiquer le cathétérisme de l'urèthre, toutes les autres fois, les mictions furent spontanées. Les résultats montrent qu'aucun incident ne s'est produit au niveau de la plaie inguinale. La plaie de passage du drain se cicatrise facilement. Une seule fois on a vu se produire une ulcération scrotale (obs. XXV) chez un

malade qui avait subi la résection de l'épididyme et du canal déférent avec conservation d'un testicule, d'ailleurs suspect de bacillose.

Une seule fois également apparut un hématome post-opératoire chez un sujet adipeux, hématome qui, d'ailleurs, ne retarda pas la guérison.

Bien qu'elle n'ait pas été pratiquée dans les cas reproduits plus haut, l'anesthésie locale serait plus facile dans la peau de la région inguinale que dans celle plissée et fine du scrotum.

CONCLUSIONS

1° La voie inguinale permet toutes les opérations sur le contenu des bourses aussi bien que les voies d'accès plus directes ;

2° Ses avantages sont incontestables au point de vue de l'asepsie de la peau pré et post-opératoire, et de la facilité de l'hémostase et de l'anesthésie locale ;

3° La simple incision inguinale permet la cure radicale de plusieurs lésions souvent trouvées associées ; elle est plus pratique pour les interventions portant sur la portion supérieure du canal déférent et pour réaliser la suspension haute du testicule ;

4° Les suites opératoires sont plus bénignes que dans les autres procédés. Le pansement peut être facilement réduit ou même complètement supprimé (M. Chalier) ;

5° L'incision inguinale mérite d'être utilisée systématiquement pour toutes les opérations portant sur le contenu des bourses, sauf quand existe préalablement une lésion profonde (cicatrice, fistule, adhérence), des téguments scrotaux qu'une incision scrotale, suivie d'excision, tentera de supprimer.

Le Président de la Thèse,
BÉRARD.

Vu : Le Doyen,
HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 17 Janvier 1920.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

CHALIER. — *Progrès Médical*, année 1916, page 206.

— — — — — année 1917, page 116.

Journal d'Urologie, année 1919.

PHOCAS. — *Bulletin Médical*, année 1912, page 1006.

GOMËU. — *Lyon Chirurgical*, année 1913, page 142.

TILLAUX. — *Traité d'Anatomie Topographique*.

TESTUT. — *Traité d'Anatomie*, tome I et IV.

TOURNEUX. — *Concours Médical*, année 1914, page 2065.



